



Liebe Klientin, lieber Klient,

um Sie gründlich und gezielt untersuchen zu können, benötige ich von Ihnen einige wichtige Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie sie zunächst aus, ich helfe Ihnen gerne.

Vielen Dank!

NACHNAME: _____ VORNAME: _____

ADRESSE: _____ PLZ, WOHNORT: _____

GEBURTSDATUM: _____ BERUF: _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____ E-Mail: _____

Allgemeines:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie regelmäßig oder haben Sie früher regelmäßig geraucht? NEIN / JA

Sind Sie aktuell bei einer der folgenden Berufsgruppen in Behandlung?

___ Hausarzt ___ Psychiater/Psychologe Andere: _____

___ Facharzt ___ Physiotherapeut/Krankengymnast

___ Zahnarzt ___ Heilpraktiker Datum der letzten Untersuchung: _____

Für welche Art von Beschwerden wurden Sie in den letzten drei Monaten bei einer der oben angegebenen Berufsgruppen behandelt? _____

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

JA / NEIN Krebs. Wenn JA, welche Art? _____

JA / NEIN Herz-Kreislaufprobleme. Wenn JA, welcher Art? _____

JA / NEIN Asthma

JA / NEIN Magengeschwüre

JA / NEIN Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, anderen Substanzen

JA / NEIN Schilddrüsenprobleme

JA / NEIN Diabetes

JA / NEIN Multiple Sklerose

JA / NEIN Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Gelenkerkrankungen

JA / NEIN Depressionen

JA / NEIN Hepatitis

JA / NEIN Tuberkulose

JA / NEIN Schlaganfall

JA / NEIN Nierenerkrankungen. Wenn JA, welche Art? _____

JA / NEIN Thrombose

JA / NEIN Osteoporose

JA / NEIN andere _____

Bitte listen Sie die Medikamente auf, die Sie auf Verordnung Ihres Arztes derzeit einnehmen (Tabletten, Injektionen, Medikamentenpflaster, ...):

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Wurde ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) von Ihnen jemals wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt?

JA / NEIN Diabetes

JA / NEIN Krebs

JA / NEIN Herzerkrankung

JA / NEIN Nierenerkrankung

JA / NEIN hoher Blutdruck

JA / NEIN Depressionen

JA / NEIN Schlaganfall

JA / NEIN Abhängigkeit (Alkohol, Medikamente)

JA / NEIN Entzündliche Gelenkerkrankung (Rheuma, M. Bechterew)



Bitte nennen Sie

alle ernsthaften Verletzungen, für die Sie behandelt werden mussten (z. B. Knochenbrüche, Bandverletzungen, ...), Operationen, die bei Ihnen durchgeführt wurden, und jeden Krankenhausaufenthalt unter Angabe des Grundes, und das ungefähre Datum (Jahr):

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

Welche der folgenden Medikamente haben Sie in der vergangenen Woche eingenommen?

Aspirin	JA / NEIN	waren diese verordnet	JA / NEIN
Paracetamol	JA / NEIN		JA / NEIN
Ibuprofen, Diclofenac, etc	JA / NEIN		JA / NEIN
Medikamente gegen Magengeschwüre	JA / NEIN		JA / NEIN
Andere, die Ihnen nicht verordnet wurden: _____			

Leiden Sie unter einem oder mehreren der unten genannten Symptome?

JA / NEIN	Gewichtsveränderung	JA / NEIN	Gelenk-/Muskelschwellung
JA / NEIN	Übelkeit/Erbrechen	JA / NEIN	unerklärte Hämatome (blaue Flecken)
JA / NEIN	Schwindel	JA / NEIN	starke Blutung
JA / NEIN	Müdigkeit	JA / NEIN	Atemnot
JA / NEIN	Schwächegefühl	JA / NEIN	regelmäßiges Husten
JA / NEIN	Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen	JA / NEIN	Arm- oder Beinschwellung
JA / NEIN	Kribbeln oder Taubheit	JA / NEIN	Herzrasen
JA / NEIN	Zittern	JA / NEIN	Schluckbeschwerden
JA / NEIN	Anfallsleiden / Epilepsie	JA / NEIN	Sodbrennen
JA / NEIN	Doppelbilder sehen	JA / NEIN	Verstopfung / Durchfall
JA / NEIN	Verlust der Sehschärfe	JA / NEIN	Blut im Stuhl
JA / NEIN	gerötete Augen	JA / NEIN	Post Menopause / Wechseljahre
JA / NEIN	Hautausschlag	JA / NEIN	Probleme beim Wasserlassen
JA / NEIN	Schlafstörungen	JA / NEIN	Urininkontinenz
JA / NEIN	Störungen in der Sexualfunktion	JA / NEIN	Blut im Urin
JA / NEIN	nächtliches Schwitzen	JA / NEIN	(mögliche) Schwangerschaft
JA / NEIN	Hörstörungen	JA / NEIN	Stress bei der Arbeit oder zu Hause

Gibt es weitere gesundheitsrelevante Informationen, die wir noch nicht abgefragt haben? _____



IPAQ – SF deutsch

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit die Sie während der **letzten 7 Tage** in körperlicher Aktivität verbracht haben. Bitte beantworten Sie alle Fragen (auch wenn Sie sich selbst nicht als aktive Person ansehen). Bitte berücksichtigen Sie die Aktivitäten im Rahmen Ihrer Arbeit, in Haus und Garten, um von einem Ort zum anderen zu kommen und in Ihrer Freizeit für Erholung, Leibesübungen und Sport.

Denken Sie an all Ihre **anstrengenden** und **moderaten** Aktivitäten in den **vergangenen 7 Tagen**. **Anstrengende** Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal. **Moderate** Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten mit moderater körperlicher Anstrengung bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal.

1. Denken Sie nur an die körperlichen Aktivitäten die Sie für **mindestens 10 Minuten** ohne Unterbrechung verrichtet haben. An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** haben Sie **anstrengende** körperliche Aktivitäten wie Aerobic, Laufen, schnelles Fahrradfahren oder schnelles Schwimmen verrichtet?
_____ Tage pro Woche keine anstrengende Aktivität verrichtet → gehe zu Frage 3
2. Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an **einem** dieser Tage mit **anstrengender** körperlicher Aktivität verbracht?
_____ Stunden pro Tag _____ Minuten pro Tag ich weiß nicht / bin nicht sicher
3. Denken Sie erneut nur an die körperlichen Aktivitäten die Sie für **mindestens 10 Minuten** ohne Unterbrechung verrichtet haben. An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** haben Sie **moderate** körperliche Aktivitäten, wie das Tragen leichter Lasten, Fahrradfahren bei gewöhnlicher Geschwindigkeit oder Schwimmen bei gewöhnlicher Geschwindigkeit verrichtet? Hierzu zählt nicht zu Fuß gehen.
_____ Tage pro Woche keine moderate Aktivität verrichtet → gehe zu Frage 5
4. Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an **einem** dieser Tage mit **moderater** körperlicher Aktivität verbracht?
_____ Stunden pro Tag _____ Minuten pro Tag ich weiß nicht / bin nicht sicher
5. An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** sind Sie **mindestens 10 Minuten** ohne Unterbrechung **zu Fuß** gegangen? Dieses beinhaltet Gehstrecken daheim oder in der Arbeit, gehen um von einem Ort zu einem anderen zu gelangen, sowie alles andere Gehen zur Erholung, Bewegung oder Freizeit.
_____ Tage pro Woche keine entsprechenden Wege zu Fuß verrichtet → gehe zu Frage 7
6. Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an **einem** dieser Tage mit **Gehen** verbracht?
_____ Stunden pro Tag _____ Minuten pro Tag ich weiß nicht / bin nicht sicher
7. Wie viel Zeit haben Sie in den **vergangenen 7 Tagen** an einem **Wochentag** mit **Sitzen** verbracht? Dies kann Zeit beinhalten wie Sitzen am Schreibtisch, Besuchen von Freunden, vor dem Fernseher sitzen oder liegen und auch sitzen in einem öffentlichen Verkehrsmittel.
_____ Stunden pro Tag _____ Minuten pro Tag ich weiß nicht / bin nicht sicher



Aufklärung

Untersuchungs- und Behandlungsprozess:

Jedem Behandlungsplan geht in meiner Praxis eine umfassende physiotherapeutische Untersuchung voraus. Zur physiotherapeutischen Untersuchung gehören eine gründliche Anamnese und eine individuelle körperliche Untersuchung. Aus diesen Informationen werde ich eine physio-therapeutische Diagnose und eine zielgerichtete Behandlungsstrategie mit Ihnen entwickeln.

Mögliche Komplikationen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne anhaltende unerwünschte Nebenwirkungen. Kurzzeitige Schmerzverstärkungen können vorkommen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Störungen auftreten (z.B. Schwindel, Übelkeit, Seh- oder Hörstörungen, etc.), informieren Sie mich bitte umgehend bzw. suchen Sie einen Arzt auf.

Einhaltung von Behandlungsterminen:

Vereinbarte Behandlungstermine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Ich weise darauf hin, dass ich die Behandlung nach wiederholtem unentschuldigtem Versäumen von vereinbarten Terminen gegebenenfalls abbreche.

Behandlungsdauer:

Eine Behandlungseinheit Manuelle Therapie oder Krankengymnastik dauert ca. 30 min. Darüber hinaus können über die Behandlungszeit individuelle Vereinbarungen getroffen werden.

Vergütung der Therapieleistungen:

Der von mir in Rechnung gestellte Betrag ist von Ihnen in voller Höhe zu begleichen. Er ist unabhängig von einer Kostenerstattung durch Ihre Beihilfestelle und/oder Private Krankenversicherung als bindend zu betrachten. Bitte informieren Sie sich vor Therapiebeginn über meine aktuell gültigen Vergütungssätze für die verschiedenen physiotherapeutischen Therapieleistungen in der Preisliste im Downloadbereich meiner Homepage, dem Aushang in der Praxis oder fragen Sie mich. Bei Bedarf erstelle ich Ihnen gerne einen Kostenvoranschlag.

Datenschutz:

Bitte beachten Sie die Hinweise in der von Ihnen zu unterschreibenden Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung.

Der Übermittlung gesundheits- und therapiebezogener Informationen wie Befunde, Therapie- □
strategien, Differentialdiagnosen und insbesondere Hinweise auf vorliegende Risiken an andere in
die Therapie einbezogene Personen stimme ich zu.

X

Unterschrift

Kenntnisnahme:

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

X

Klient/in, Bevollmächtigte/r, Sorgeberechtigte/r*



Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

von Herrn / Frau _____

Anschrift _____

Ich bin einverstanden, dass durch die **Privatpraxis für Physiotherapie Marcus Trocha** meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags
- zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Kostenträgern
- zur Dokumentation der Therapie
- zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann bzw. nicht zustande kommt oder die Behandlung ggf. abgebrochen werden muss.

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Privatpraxis für Physiotherapie Marcus Trocha
Bautzner Landstr. 130
01324 Dresden

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ort, Datum

X

Unterschrift